



This box to be completed only if the person is in a hospital or nursing home. (Not needed if a health screen is attached.)

Applicant's name _____

Name of facility _____

Address _____

Telephone Number _____

Staff member _____

Date _____

Projected NH Admission Date _____

Hospital Discharge Date _____

PROGRAMA DE CUIDADO EN EL HOGAR PARA LOS ENVEJECIENTES DE CONNECTICUT **FORMA DE SOLICITUD PARA CUIDADO EN EL HOGAR**

El Estado de Connecticut desea darle a usted una oportunidad de quedarse en su hogar en vez de entrar a una clínica de ancianos. Este es el propósito de un programa de cuidado en su hogar llamado el Programa de Cuidado en el Hogar para los Envejecientes de Connecticut. Usted puede averiguar si usted puede calificar para servicios bajo este programa llenando este Formulario.

- Nosotros deseamos estar seguros que todas las personas de 65 años y mayor esten informadas de este programa. Nosotros le pedimos que usted llene, firme y devuelva este formulario aunque usted califica o no para estos servicios. Favor de referirse a la parte de atrás de este formulario para información sobre al nivel de ingreso y bienes del programa para determinar si usted puede calificar para servicios de cuidado en su hogar.
- Se espera que usted solicite para "Medicaid" (asistencia Medica) si usted reúne los criterios financieros. Si usted no reúne los criterios financieros para "Medicaid"; usted pueda que aun sea elegible para servicios de cuidado en su hogar. Favor de referirse a la parte de atrás de este formulario.
- Si su ingreso es menos del límite del programa, pero sus bienes contados actualmente exceden los límites de bienes aplicables, usted puede obtener una evaluación para servicios bajo el Programa de Cuidado en el Hogar cuando usted reduzca sus bienes a el límite. A usted no se le requiere que gaste sus excesos de bienes en cuidado de salud. Usted puede gastarlos en cualquiera mercancia o servicios para usted o su esposo(a). Sin embargo, usted tiene que recibir un valor justo en intercambio de sus excesos de bienes y guardar todos sus recibos. Cuando usted haya reducido sus bienes a el límite requerido del programa, usted puede suministrar otro formulario igual a este, el cual puede obtener llamando a nuestro número de llamada gratis mencionado.
- **Aviso a Parejas Casadas** – Bajo la ley estatal y federal, una pareja casada está permitida a proteger los bienes de la persona quien está viviendo en la comunidad mientras su esposo(a) está asillado(a) o esta residiendo en su casa y necesita el tipo de cuidado que habría de ser proveido en una clínica. Para obtener información general o para solicitar una Tasación de Bienes Desposorios, si usted no tiene uno ya hecho y no está solicitando para servicios de cuidado en su casa, favor de llamar al número gratis 1-800-445-5394. Si está solicitando para servicios en su hogar favor de marcar el cuadrado apropiado que está atras de este formulario.
- Usted tiene la obligación de informar en diez (10) días cualquier cambio que ocurra en su ingreso, bienes o de vivienda.
- En ciertos casos se le puede pedir al esposo(a) (casados) a que contribuya al costo de los servicios.
- El Estado tiene el derecho de recobrar dinero de la venta de bienes raices y de la herencia (bienes) del individuo que recibe servicios de este programa incluyendo pago de prima de seguro privado en nombre del individuo.

PREGUNTAS – PROBLEMAS – LLAME A NUESTRO NUMERO DE LLAMADA GRATIS

1-800-445-5394



1-800-445-5394

